FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919 — THÈSE — N° 9

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Olivier MOURLON

Né à Châtillon-sur-Indre, le 4 avril 1889

LA RELÈVE DES BLESSÉS

DANS

UN BATAILLON D'INFANTERIE

Président : M. QUÉNU, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	N.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et Thérapeutique générales	N.
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	N.
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU LEJARS
Clinique ophtalmologique	HARTMANN
Clinique des maladies des voies urinaires	De LAPERSONNE LEGUEU BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	BROCA
Clinique chirurgicale infantile	N.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ (A.
BRUMPT	LABBÉ (H.)	MULON	SICARD
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERY	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

qui oublia les suprêmes souffrances de ses derniers moments pour ne penser qu'à « ses petits-enfants ».

A MA MÈRE ET A MA GRAND'MÈRE

qui surent à force de dévouement, de sacrifice suppléer à la perte terrible du chef de la famille, et donner à trois fils la même éducation et la même situation que s'il eut existé.

Ce témoignage de mon amour filial et de toute mon affection.

A MES MAITRES

A la Faculté de Médecine de Paris, dans les hôpitaux de Paris, les hospices d'aliénés de la Seine, les hôpitaux Saint-Jacques et Notre-Dame de Bon-Secours de Paris, en particulier :

A la Mémoire du Docteur Pierre JOUSSET, médecin de l'hôpital Saint-Jacques, au Docteur CRÉPEL, son élève et notre cousin, dont les conseils et les exemples nous ont été si bons.

Ce témoignage de notre reconnaissance et de notre affection.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur QUÉNU

Ce témoignage de l'expression de nos bien vifs remerciements et de nos sentiments respectueux.

AVANT-PROPOS

Un jour que nous assistions à la Faculté de médecine de Paris au soutien de la thèse d'un de nos camarades, nous entendîmes M. le professeur Quénu, président du jury, faire cette remarque : « Nous n'aurons donc pas un travail sur la relève des blessés en toute première ligne ; nous savons ce qui se passe à partir de la première ambulance ; nous manquons complètement de renseignements sur ce qui se passe en avant. »

Cette remarque nous a fortifié dans l'idée que nous avions de faire notre thèse sur ce sujet.

Encore aux armées, par conséquent dans les conditions les moins favorables pour entreprendre un travail d'ordre médical ou chirurgical, nous avons résolu de traiter cette question médico-militaire.

Trois ans de vie de corps de troupe, dont quatorze mois dans le génie et vingt-deux mois dans l'infanterie, dans deux bataillons de deux régiments différents, nous en ont donné une modeste expérience.

Nous n'envisagerons pas les multiples fonctions du médecin d'un bataillon d'infanterie : une thèse récente les a décrites (Thèse de Daoulas, avril 1919).

Nous nous contenterons de dire ce que nous savons de la relève des blessés sur le champ de bataille, de leur premier pansement et de leur évacuation à l'arrière.

Et disons tout de suite que si le temps passé dans l'infanterie nous a donné des satisfactions d'ordre patriotique, il ne nous en a guére donné d'ordre médical ou chirurgical, et tout spécialement dans les soins que nous avions à donner à ceux que le feu de l'ennemi n'avait pas ménagés.

INTRODUCTION

Que de fois avons-nous entendu cette phrase : C'est du premier pansement que dépendent les suites d'une blessure de guerre !

Hélas ! qu'on en est donc revenu. Ceux qui ont été chargés de l'appliquer, ce premier pansement, ceux qui ont vu ramasser le blessé sur le terrain, ceux qui l'ont conduit au poste de secours avancé, qui lui ont donné les premiers soins, qui l'ont ensuite dirigé sur le poste de secours de régiment ou de brancardiers divisionnaires, ne peuvent que frémir en pensant à ce premier pansement.

En toute âme, en toute conscience nous déclarons impossible la propreté absolue de ce premier pansement : les difficultés sont telles que bien peu de médecins de bataillon peuvent dire avoir été satisfaits des premiers pansements qu'ils appliquaient à leurs blessés.

Nous ne parlons pas des soins donnés aux rares blessés des secteurs calmes, où les organisations ont quelquefois permis de faire les choses normalement ; nous n'envisageons que les périodes de grosses actions ; celles où l'ennemi attaquait, ou bien celles où l'on attaquait.

Dans ces modestes pages, nous décrirons les tribulations de ce premier pansement et pour cela, nous décrirons l'organisation du service médical d'un régiment d'infanterie, d'un poste de secours de bataillon et en guerre de stationnement et en guerre de mouvement, et l'état des blessés quand ils y arrivent.

LA RELÈVE DES BLESSÉS

DANS UN BATAILLON D'INFANTERIE

CHAPITRE PREMIER

Organisation du service médical d'un régiment d'infanterie.

Personnel et matériel.

Personnel. — La direction du service médical d'un régiment d'infanterie est confiée à un médecin, le plus souvent à un médecin-major de deuxième classe, grade équivalent à celui de capitaine, et qui n'est en réalité que le contrôleur général de tout le service médical du régiment.

Il est assisté d'autant de médecins aides-majors de première ou de deuxième classe qu'il y a de bataillons dans le régiment. En général trois.

Ces derniers sont à leur tour secondés par des médecins-auxiliaires du grade d'adjudant ou d'adjudant-chef, et qui sont des étudiants en médecine ayant de trois à douze inscriptions.

Chaque médecin de bataillon a la charge d'assurer le service médical de son bataillon.

Pour son fonctionnement il a à sa disposition : quatre infirmiers, un caporal-brancardier, vingt-huit brancardiers et un cycliste agent de liaison.

Les quatre infirmiers sont répartis à raison de un par compagnie ; mais ils restent presque toujours avec le médecin de bataillon, et lui servent de personnel traitant.

Le caporal-brancardier est le chef des brancardiers : son service consiste à s'occuper du personnel et du matériel, à diriger et à surveiller les évacuations ; il sert presque toujours de secrétaire à son médecin de bataillon.

Les vingt-huit brancardiers sont répartis de la façon suivante : seize dits brancardiers de compagnie et douze dits brancardiers-musiciens ; ces derniers sont plus ou moins mis à la disposition du médecin de bataillon par le médecin-chef du régiment quand... le colonel le veut bien.

Le plus souvent les brancardiers de compagnie sont dans les compagnies, à raison de quatre par compagnie, et les brancardiers-musiciens sont avec le médecin de bataillon au nombre de huit, dix ou douze suivant que le médecin-chef en garde quatre ou deux ou pas du tout avec lui.

En secteur mouvementé, les musiciens sont à peu près toujours à la disposition du médecin-chef ; en secteur calme il arrive souvent que les musiciens soient à l'arrière, dans le cantonnement du bataillon de réserve ou de la compagnie hors rang pour faire de la musique et répéter avec frénésie les pas redou-

blés triomphants des futurs jours de gloire, à moins qu'ils ne soient employés comme pionniers, débardeurs de péniches ou hommes de corvées suivant les bons plaisirs des colonels.

Signalons en passant que dans les régiments qui avaient beaucoup donné, les brancardiers étaient toujours choisis parmi les hommes les plus forts et les plus courageux ; ils étaient aimés de leurs camarades combattants qui les honoraient d'une très grande confiance, sachant qu'ils pouvaient toujours compter sur leur cran et sur leur dévouement ; tandis que dans les régiments qui ont tenu longtemps des secteurs calmes, les brancardiers étaient considérés comme des embusqués. Et nous pourrions citer des unités ou pour être brancardier de compagnie ou brancardier musicien, la condition à remplir était non pas de connaître les fonctions de brancardier ou d'être musicien, mais d'appartenir à une classe très ancienne ou d'être père de quatre enfants.

Nous avons même pu constater, que dès que ces unités eurent pris part à des affaires sérieuses le recrutement s'est modifié, et s'est fait comme dans les premiers.

Le rôle du brancardier de compagnie est de porter immédiatement secours au blessé, en lui appliquant son pansement individuel et de le transporter ensuite le plus rapidement possible au poste de secours de bataillon.

Là le blessé reçoit des soins du médecin de bataillon ou du médecin-auxiliaire, puis est pris par les

brancardiers musiciens qui le transportent au poste de secours régimentaire, où soit une autre équipe de musiciens restés près du médecin-chef, soit des brancardiers-divisionnaires se chargent de l'emporter au plus proche relai des voitures automobiles sanitaires.

Ces dernières le conduiront soit à un poste de brancardiers-divisionnaires qui est un premier poste de triage, soit à une ambulance chirurgicale avancée où le blessé est examiné plus sérieusement et où on fait un triage plus sérieux : interventions d'urgence ou évacuations sur tel ou tel centre suivant la nature et la gravité de la blessure.

C'est à un de ces différents postes que le blessé reçoit régulièrement l'injection de sérum antitétanique.

Nous montrerons que pratiquement il est impossible de faire cette injection au poste de secours de bataillon, très difficile de la faire régulièrement au poste de secours régimentaire, toujours facile de la faire en arrière de ce poste.

Matériel. — Nous ne dirons que quelques mots sur le matériel : nous avons toujours constaté qu'il était abondant, et qu'à part la question de l'eau dont nous parlerons longuement, les grosses difficultés venaient non de sa pénurie, mais de son transport, surtout en guerre de mouvement.

Chaque bataillon est pourvu d'une voiture médicale qui transporte :

1° Six paniers réglementaires contenant :

N° 1. — Médicaments et pansements.

N° 2. — Appareils pour injections, des seringues, une boîte n° 28 de chirurgie, une boîte de pinces hémostatiques, des bandes hémostatiques, etc...

N°s 3 et 4. — Pansements assortis, bandes, coton.

N°s 5 et 6. — Paniers dits de réserve et contenant des appareils pour fractures, surtout du treillis à couper pour faire des appareils à fractures, des bandages de corps, des serviettes.

2° Un tonnelet de trente litres pour le transport de l'eau, avec chaînes de suspension. Presque toujours ce tonnelet n'existait plus : il avait été défoncé ou perdu dans les premiers mois de la campagne et n'avait jamais été remplacé dans les unités qui en étaient dépourvues, malgré de nombreuses demandes.

Personnellement, nous ne l'avons jamais vu à notre voiture médicale de bataillon.

3° Deux lanternes de neutralité, un fanion de neutralité, et un fanion tricolore.

4° Une lanterne à acétylène avec réflecteur.

5° Huit brancards, dont quatre sont régulièrement répartis en secteur dans les quatre compagnies à raison de un par compagnie.

6° Une table dite de Dujardin-Beaumetz.

Les différentes péripéties de la guerre ont ajouté à ce matériel des appareils de protection contre les gaz ; manteaux en toile imperméable, appareils divers : masques, Tissot, des provisions de chlorure de chaux, etc...

Quelques bataillons avaient la chance de posséder un appareil Inic : une bouilloire traversée par une

cheminée au fond de laquelle on mettait de l'alcool solidifié ; on pouvait alors soit faire bouillir de l'eau, soit préparer du thé ; la contenance en était de cinq à six litres.

Nous avons été médecin-auxiliaire à un bataillon qui en possédait un, et médecin aide-major à un autre bataillon qui n'en a jamais eu pendant que nous y étions.

En plus de tout cela, il existait pour le régiment une voiture dite voiture de matériel du médecin-chef, qui transportait des réserves de pansements et les brouettes porte-brancards.

Dans tous les secteurs il y avait encore un matériel dit de secteur, qui était surtout pour lutter contre les gaz ; la réunion des deux constituait le matériel total du poste de secours.

CHAPITRE II

Poste de secours.

Le poste de secours, par abréviation, le P. S., différait complètement suivant que la guerre était à une période de stationnement ou à une période de mouvement.

Dans un secteur calme, le P. S. était généralement fait d'une sape plus ou moins profonde, constituée par un couloir sur lequel venaient s'ouvrir plusieurs chambres.

Une de ces chambres était spécialement réservée aux soins à donner aux malades et aux blessés, une autre, la plus grande, la plus spacieuse, servait de salle d'attente (attente avant et attente après le pansement) ; une autre contenait le matériel ; enfin les autres servaient de logement au personnel médical du bataillon.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, on trouvait là une véritable réserve de pansements qui s'y était accumulée petit à petit et tout le matériel de lutte et de protection contre les gaz : cuve à solution d'hyposulfite de soude, pulvérisateur Vermorel, réserve d'hyposulfite et de carbonate de soude ; appareils à oxylithe, appareil Dræger, appareils Tissot grand et

petit modèle, obus à oxygène, poches de caoutchouc pour inhalations, aiguilles pour injections sous-cutanées, ampoules multiples : huile camphrée, éther, caféine, strychnine, réserves de chlorure de chaux, enfin les inévitables désinfectants : chaux vive, huile lourde, crésyl, etc... le tout constituant le matériel dit de secteur.

Avec la durée de la guerre, les P. S. s'étaient améliorés peu à peu, au point de devenir spacieux et presque confortables ; on y accédait par plusieurs entrées, au moins deux, ce qui permettait, en cas de presse, de donner un sens à la circulation des blessés, sens qui était imposé par la largeur réduite du couloir central où deux équipes porteuses de brancards n'auraient pas pu se croiser.

Ce qui ne s'est jamais amélioré, ce sont les voies d'accès au P. S. : les tranchées, et surtout les boyaux.

Les tranchées étant les éléments de combat, il était naturel d'y voir chercher le maximum de protection sans se préoccuper de la circulation : d'où largeur réduite, profondeur, pare-éclats, angles, détours, chicanes.

Les boyaux étant des voies de circulation, il a fallu répondre à ce premier besoin, en même temps qu'on se préoccupait de la protection : d'où plus de largeur, plus de profondeur, mais même multiplication des pare éclats, des angles, des détours, des chicanes, ce qui était une gêne très sérieuse pour le transport des blessés par brancard.

On peut dire qu'il était impossible ; de toute évidence, on n'avait pas envisagé ce problème : de nombreux médecins ont voulu l'étudier et le résoudre en créant de nombreux modèles de brancards ou de porte-brancards : nous n'en avons jamais vu un susceptible d'être adapté à la circulation dans le boyau.

Et, selon nous, la vraie formule eût été : on adapte le boyau au brancard, mais pas le brancard au boyau.

Nous insistons spécialement sur ce détail, parce qu'il suffit d'interroger des blessés qui ont subi de longs transports dans les boyaux : tous sont unanimes sur le supplice de la première partie de leur évacuation. Ils le comparaient à une autre partie de leur évacuation : au transport par automobiles.

Il suffit de faire un voyage dans une voiture sanitaire d'évacuation sur une route qui n'est pas en parfait état pour se rendre compte des souffrances qu'ont pu endurer des fractures plus ou moins bien immobilisés ou des blessés de ventre.

Et nous croyons fermement que toutes ces souffrances étaient une des causes qui augmentaient l'état de shock dans lequel arrivaient tous les blessés graves aux ambulances de première ligne.

Nous appelons spécialement l'attention sur ce détail, parce que dans la suite, nous dirons que, au P. S. de bataillon, nous n'avons à peu près jamais rencontré de blessés graves, frappés d'un état de shock en rapport avec la gravité de leur blessure,

tout au moins pour une certaine catégorie d'entre eux.

Dès qu'on les avait amenés au P. S. de bataillon, tous les blessés demandaient à boire ; et de préférence de l'eau ou du café, ou du thé froid.

Ce détail nous amène à une question capitale : l'eau au P. S.

Les postes de secours étaient presque toujours munis de récipients qui permettaient d'avoir des réserves d'eau quand une source ou un point d'eau n'étaient pas dans le voisinage.

Il fallait souvent faire plusieurs kilomètres pour s'en procurer ; on installait un tonnelet sur deux montants d'un brancard détérioré, et deux brancardiers allaient en chercher à l'endroit où il y en avait.

Bienheureux étaient les occupants d'un P. S. qui se trouvait près d'un point d'eau : avoir toujours de l'eau bouillie devenait facile, ou tout au moins de l'eau propre : on avait alors la joie de faire proprement tous les premiers pansements.

Dès que le secteur s'agitait, les points d'eau qui étaient généralement le lieu d'aboutissement de plusieurs pistes étaient régulièrement battus par l'artillerie ennemie ; heureux encore quand ils n'étaient pas battus par des obus à ypérite, qui les rendait inutilisables pour plusieurs jours.

Certains secteurs ont absolument manqué d'eau : Mort-Homme et Vaux, à Verdun, Thory dans la Somme.

Si la souffrance de la soif est pénible pour tous,

que dire du médecin qui aura à panser des blessés toujours terreux avec des mains toujours terreuses aussi !

En guerre de mouvement, le matériel est réduit à ce que le médecin de bataillon peut faire emporter par son personnel ; et si l'on pense à la charge particulière de chacun des infirmiers et brancardiers, on se rend de suite compte de la faible quantité qu'il peut emporter avec lui.

On supplée à son insuffisance en fait apporter chaque soir soit par le ravitaillement, soit par des corvées faites par les brancardiers, l'équivalent de ce qui a été consommé pendant les heures précédentes.

On peut faire venir des pansements du poste de secours du médecin-chef qui s'alimente soit à sa voiture de matériel, soit au groupe de brancardiers-divisionnaires (dits G. B. D.). Malgré les difficultés il est assez facile de ne jamais manquer de pansements. Mais ce que l'on n'a jamais, ce sont les gouttières pour fractures de membres, et l'eau.

L'immobilisation des membres fracturés se fait avec des moyens de fortune : planchettes ramassées çà et là (caisses de munitions ou de vivres), attelles taillées au couteau dans des branches d'arbres, etc...

Quant à l'eau, on n'en peut transporter que de si faibles quantités qu'on en manque régulièrement.

Dans ces circonstances tragiques, c'est un bonheur que de pouvoir s'arrêter et installer un P. S. près d'une source ou d'une fontaine aménagée : Nous avons eu une fois cette chance : la tranchée qui nous

servait de P. S. était à 10 mètres d'une fontaine aménagée par le boche.

Presque tous les blessés, avons-nous dit, demandent à boire ; leur refuser de l'eau, quand leur blessure ne présente pas de contre-indication, eût été inhumain ; c'est à cet usage que servent régulièrement les quelques bidons qui ont été emportés.

Cependant, une autre utilisation s'imposait : tous les blessés sont sales et terreux ; les mains du médecin et de ses aides sont également sales, terreuses, et presque toujours imprégnées du sang du blessé précédent.

Il y avait donc là un impérieux besoin d'avoir de l'eau, et surtout de l'eau propre : trop souvent, hélas ! nous n'avions à notre disposition que l'eau de la pluie qui avait empli les innombrables trous d'obus, et à peu près toujours corrompues par des cadavres.

En règle générale, nous nous contentions de nos maigres provisions ; nous en donnions à boire le moins possible ; et pour la rendre propre, sinon stérile, nous avions l'habitude d'ajouter à cette eau une cuillerée à soupe d'eau de Javel par litre.

Pour la ménager, nous ne nettoyions nos mains qu'avec un tampon de coton largement imbibé de ce mélange.

De même pour le nettoyage de la peau et des plaies des blessés.

Malgré toutes ces difficultés de multiples notes nous prescrivaient de faire à tous nos blessés des injections de sérum antitétanique.

Après tout ce que nous avons dit, nous n'avons pas besoin de nous étendre longuement pour montrer l'impossibilité de pratiquer cette injection.

De plus la seringue n'eut pas résisté longtemps à de nombreuses manipulations dans de fréquents déplacements ; et comment aurions-nous fait pour la stériliser ?

Néanmoins, désireux de donner aux blessés le maximum de chances contre les accidents du tétanos, nous avons voulu essayer de faire cette injection à la suite d'une note venue en janvier 1918, nous demandant combien de flacons de S. A. devaient être prévus pour les besoins de notre bataillon dans le cas où il subirait ou ferait une attaque. Nous avons demandé 150 flacons, et on nous en a envoyé 20.

Ajoutons, pour être correct, que sur un simple bon signé de nous, visé ou non par le médecin-chef du régiment, le G. B. D., dans la suite, nous en eut envoyé immédiatement le nombre que nous aurions voulu : cent, deux cents.

Il en était abondamment pourvu. Nous avons continué à croire qu'il valait mieux laisser à sa disposition les cent ou deux cents flacons, parce que mieux outillé que nous, et toujours plus en arrière, il avait bien plus de facilités que nous pour pratiquer cette injection.

La fiche d'évacuation du blessé portait la rubrique :

Injection de sérum antitétanique :

1°) Pratiquée.
2°) A pratiquer le plus vite possible.
3°) A ne pas pratiquer.

Nous nous contentions suivant les prescriptions de rayer les mentions 1 et 3.

En période d'action, le P. S. passe par bien des alternatives : deux cas peuvent se présenter : ou l'ennemi attaque, ou on l'attaque.

Si l'ennemi attaque : ou il ne passe pas, et dès que l'action se calme un peu, on fait l'évacuation des blessés ; ou il passe, et le P. S. est pris comme le reste du bataillon.

Ayant eu la chance d'appartenir à des unités qui ne l'ont pas laissé passer, nous laisserons à d'autres moins heureux la description des heures où ils ont été pris, et ce qu'on leur a fait faire après la capture.

Si on attaque l'ennemi : ou l'attaque échoue : et ça n'amène pas de changement pour le P. S., mais plus de difficultés pour la relève et l'évacuation des blessés ; ou l'attaque réussit et alors le P. S. doit obligatoirement suivre l'avance de son bataillon.

Déplacement du P. S. — C'est là un problème fort délicat : aller trop tôt de l'avant, c'est courir se jeter sous le feu de l'ennemi qui vous obligera à vous mettre dans un abri quelconque : trou d'obus, tranchée, sape... où le médecin ne peut rien faire, parce que, en général, personne ne saura où il est ; partir trop tard, c'est risquer de perdre le contact de son bataillon, retarder les soins et les évacuations, et chose infiniment peu grave, s'exposer aux amères critiques du commandement.

Toujours avisé de l'attaque, des objectif à atteindre

par son chef de bataillon, recevant de plus, souvent des directives de son médecin-chef de service, il est rare que dès le premier moment de l'attaque le médecin de bataillon ne devienne pas un isolé perdu avec son personnel, dans la bataille.

Des premiers blessés légers qui arrivent au P. S., il reçoit des renseignements. Il est exceptionnel qu'ils soient bons ; bienheureux quand ils ne sont pas contradictoires : chacun donne des nouvelles des avances de sa section, quelquefois de sa compagnie, et raconte ce qu'il croit savoir des événements.

Ceux qui le renseignent le mieux, le plus sûrement, ce sont les brancardiers de compagnie qui lui amènent les blessés qui ne peuvent marcher. Mais ils ne viennent que longtemps après.

Les nôtres avaient la consigne de repérer tout ce qui pouvait nous être utile : régions moins battues par le feu de l'ennemi, abris à occuper pour en faire un P. S., points d'eau, position du commandant.

Ce dernier sera plus tard l'homme le mieux renseigné de tout le bataillon ; mais il oubliera trop régulièrement de renseigner le médecin de bataillon.

Du reste quand il s'occupe trop du service de santé de son bataillon, ça n'est pas toujours plus heureux... que quand il ne s'en occupe pas du tout. Quelques exemples cités plus bas montreront bien ce que nous voulons dire.

Par les brancardiers qui retournent à leurs compagnies ces dernières sont à leur tour renseignées des déplacements du P. S.

Et par les brancardiers-musiciens qui font la navette entre le P. S. de bataillon et le P. S. régimentaire le médecin-chef du régiment est à son tour avisé des déplacements du P. S. du bataillon.

C'est dans ces cas que l'eau manque régulièrement et, hélas ! on ne trouve pas toujours d'abri.

Le 5 avril 1918, à l'attaque de Mailly-Raineval, nous sommes partis d'une carrière pour nous rendre : d'abord dans la cave d'une ferme, la ferme Sébostopol ; de là quelques minutes avant l'attaque, et sur l'ordre du chef de bataillon dans un trou fait par un obus de très gros calibre et qui servait de relai entre les premières lignes et le P. S. de bataillon, placé dans la cave de la dite ferme.

L'attaque devait avoir lieu à six heures du soir ; sur nos justes remarques au chef de bataillon qu'il était nécessaire pour remplir notre tâche d'avoir de la lumière, nous avons pu sans difficultés retourner dans la cave de la ferme, à quatre cents mètres en arrière... Mais après avoir subi tout le tir de barrage déclanché par l'ennemi pour arrêter l'attaque, et des feux très nourris de mitrailleuses.

Nous sommes restés près de deux heures dans ce trou, perdu sous bois, et sans voir un seul blessé : car ceux qui ne pouvaient marcher restaient sur place, attendant l'accalmie qui put permettre leur transport ; et ceux qui pouvaient marcher et voulaient se sauver filaient directement sur la ferme où ils espéraient trouver des caves susceptibles de leur servir d'abris.

Les 28, 29, 30 et 31 août 1918, lors des attaques de Chavigny, nous avons eu successivement comme emplacement de P. S. : un abri à peine à l'épreuve de l'obus de 105, la tranchée ennemie, un P. S. boche abandonné, dont le personnel capturé était porté à l'arrière deux heures avant que nous arrivions, la tranchée de deuxième ligne ennemie, enfin de petites sapes dans le vallon de Chavigny à Juvigny, dont

l'ouverture était tournée du côté de l'ennemi qui les arrosait de balles de mitrailleuses.

Dans ces sapes, comme eau, l'eau ypéritée d'un ruisseau qui coulait dans le vallon à deux cents mètres de nous.

Un point toujours important dans le choix de l'emplacement du P. S. est celui de la circulation, surtout vers l'arrière : le transport des blessés vers l'arrière est très simplifié par l'utilisation des voiturettes porte-brancards.

Aussi le voisinage d'un simple layon utilisable pour ces voiturettes est-il toujours appréciable quand on n'a pas de route à sa disposition.

La boue, le terrain glissant, les trous d'obus sont des ennemis au moins aussi terribles pour les brancardiers et pour les blessés que le feu de l'ennemi ; quelle différence dans la rapidité des évacuations quand le P. S. est à proximité d'une route.

Mais les routes sont le plus souvent dans les vallées, et là intervient un facteur fort gênant : celui des gaz.

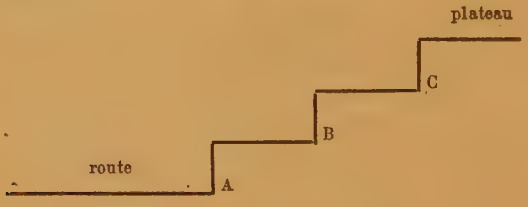
Comme le fond de la vallée est généralement le nid à obus, et en même temps le point où s'accumulent les gaz, il y avait intérêt à être un peu éloigné de ces points.

La contre-pente favorisant bien la protection contre les obus, il fallait donc se mettre à bonne distance du fond du vallon, et chercher à ne pas être trop loin de la route pour profiter des avantages.

Nos brancardiers et nous-même n'avons jamais hésité à nous mettre sur une contre-pente, quitte à

augmenter un peu les difficultés de nos évacuations : dans toutes les circonstances, nous nous en sommes bien trouvés :

C'est ainsi que vers le 20 avril 1918, notre bataillon fut envoyé en réserve sur le plateau situé entre les villages de Thory et de Anival (près de Grivesnes, au nord-ouest de Montdidier) ; la position était peu fameuse à cause du repérage facile par avions. Thory est sur le plateau; Anival dans la vallée et nous étions tout près d'Anival; pour aller de la route au plateau, la pente faisait trois sortes de bonds qui donnaient à ce plateau trois étages successifs, de deux mètres de différence de niveau, ainsi que le représente le schéma ci-joint.



En A, il y avait des éléments de tranchées-abris ; en B, juste un élément où huit hommes pouvaient s'asseoir, coude à coude ; en C quelques éléments qui furent occupés par le commandant, ses agents de liaison et des hommes de la compagnie de réserve.

Le commandant nous conseillait de nous mettre en A, afin de profiter des quelques tranchées déjà existantes, et de la proximité de la route pour évacuer les blessés.

Les Allemands usant avec abondance dans ce secteur d'obus toxiques à l'ypérite, je décidai de mettre le P. S. en B, et j'obligeai mon personnel à s'y creuser des trous individuels.

Le lendemain une section d'une compagnie de génie vint s'installer dans les éléments placés en A, toute heureuse de trouver du travail tout fait.

Le soir même de huit heures à onze heures le vallon fut

arrosé par un copieux bombardement d'obus à ypérite, bombardement qui reprit le lendemain de cinq à huit heures du matin : tous les hommes de la section de génie furent évacués dans la journée, malgré toutes les précautions qu'ils purent prendre : tous furent intoxiqués par l'ypérite. C'est à peine si nous eûmes besoin de mettre notre masque A. R. S., que nous gardâmes néanmoins par prudence toute la nuit, et une grande partie de la journée suivante.

Et au lieu d'évacuer par la route, tous les blessés furent portés à dos le long de la marche B jusqu'au village de Thory : opération plus longue, plus pénible pour les blessés et les brancardiers, mais qui nous permit d'éviter tout cas d'intoxication par l'ypérite.

Maintenant que nous avons décrit ceux qui soignent, nous allons voir ceux qui sont soignés : les blessés.

CHAPITRE III

Les blessés

Quelques considérations nous paraissent utiles avant de dire ce que nous savons des blessés :

En secteur calme, un obus malheureux abîme un, deux ou plusieurs hommes : de suite les brancardiers de compagnie vont à eux, leur appliquent leur pansement individuel ; puis les aident à venir au P. S. s'ils peuvent marcher, à condition que la blessure ne soit pas une blessure du ventre, du thorax ou du crâne, ou les emportent sur le brancard, s'ils ne peuvent marcher, empruntant les boyaux ou toutes les fois qu'ils le peuvent des chemins défilés du feu de l'ennemi.

Au P. S. le petit nombre habituel des blessés permet de faire les choses presque normalement : pansement propre, et souvent injection de sérum antitétanique.

Que l'ennemi fasse un coup de mains ou que votre bataillon en fasse un, en quelques instants, un petit afflux se produit : mais dans les heures qui suivent, le calme revient et les évacuations se feront rapidement et normalement.

Quelques secteurs offrent pourtant des difficultés particulières : les secteurs de boue :

Ainsi en janvier 1917, au secteur d'Haudremont le principal ennemi étaient la boue et l'eau ; dans ce terrain bouleversé, les boyaux pleins d'eau ne permettaient pas la circulation, et nous ne croyons pas exagérer en affirmant que le sol était couvert de un mètre de boue ; le P. S. de bataillon était à quinze cents mètres des premières lignes ; le P. S. régimentaire et le G. B. D. sur lesquels il évacuait à douze cents mètres en arrière : il fallait douze heures à deux équipes de brancardiers qui se succédaient d'un poste à l'autre pour emmener sur brancard un blessé couché.

L'ennemi ne s'amusait même pas à envoyer des obus dans ce secteur où fondaient les unités d'elles-mêmes : il se contentait d'arroser de temps à autres, de jour et de nuit, les pistes que suivaient les hommes forcés de circuler.

La grande cause d'évacution était la gelure des pieds.

Devant le grand nombre des évacuations le commandement s'émut ; et au lieu de diminuer les effectifs et de n'occuper que les points les moins mauvais du secteur, le général de division vint visiter le secteur et... les médecins de bataillon pour leur faire des observations ; aussi un jour qu'il disait à un confrère : « C'est ridicule d'évacuer tous ces hommes pour si peu », s'attira-t-il : « C'est exactement ce que je dirais si j'étais général, mais ce que je ne peux admettre parce que je suis médecin ».

L'auxiliaire le plus précieux qui facilitait les évacuations s'était le brouillard qui permettait de marcher de jour en dehors des boyaux.

En secteur agité, le nombre des blessés est régulièrement plus grand ; si on passe quelquefois des heures sans en voir un, il ne se passe pas de journées sans qu'à un certain moment on en voit beaucoup.

Cela surtout si on ne peut être vu de l'ennemi. Ce moment correspond aux dernières heures du jour et aux premières heures de la nuit. Dès qu'un homme est blessé, avons-nous dit, le brancardier, son voisin ou lui-même applique le pansement individuel; en cas d'hémorragie d'un membre, un mouchoir, une bretelle de sac, de fusil, un lien quelconque est appliqué par « n'importe qui, comme il le peut ».

Puis s'il peut marcher, un brancardier le conduit au P. S.; si non les quatre déploient le brancard, et l'emportent. Non vu, on file le plus vite possible ; dès la première accalmie. Vu, il faut emprunter les boyaux, et nous avons déjà parlé de la difficulté du voyage ; ou bien attendre la nuit, car la moindre circulation à découvert déclanche souvent en quelques secondes des tirs d'artillerie formidables.

Ainsi pendant toute la bataille de Verdun, au Mort-Homme, la relève ne put se faire que la nuit.

Un tir intense d'artillerie et de jour et de nuit en augmentait les difficultés; il diminuait régulièrement d'intensité de six heures à neuf heures du soir et de quatre à sept heures du matin. Rarement il se calmait complètement ; il fallait profiter de ces deux moments : un homme blessé à neuf heures du matin ne venait que rarement au poste de secours avant sept heures du soir.

Et à l'arrière également, les évacuations par le G. B. D. ne pouvaient se faire que de nuit (souvenirs

des séjours des 40e et 42e divisions d'infanteries sur la rive gauche de la Meuse).

Dans toute grosse action, ça se passe toujours de la même façon : on voit d'abord arriver en grand nombre les blessés pouvant marcher facilement, puis ceux marchant difficilement, enfin ceux qu'on est obligé de porter.

A ce moment-là, au poste de secours, tout se résume dans : faire vite : on nettoie vite, on panse vite, on diagnostique vite, on inscrit vite.

Malheureusement ce « faire vite » n'est pas toujours immédiatement applicable, et spécialement quand l'ennemi bombarde les routes de l'arrière. Alors, c'est l'encombrement. C'est l'entassement des blessés pansés, c'est l'entassement des blessés à panser.

Notre séjour dans un régiment d'infanterie de l'active et dans un régiment de réserve nous a permis de constater une différence très nette dans l'attitude du blessé : d'abord suivant son âge, ensuite suivant l'état de son organisme à l'égard de l'alcoolisme.

De deux choses l'une, ou le blessé a encore sa connaissance, ou il ne l'a plus. S'il ne l'a plus, cette première remarque ne saurait persister.

S'il l'a, et c'est surtout de cette catégorie de blessés, même de blessés graves que nous voulons parler, laïssant encore de côté les grands hémorragiques, nous remarquons tout de suite une chose frappante : c'est le peu de douleur dont ils se plai-

gnent et presque toujours le peu d'hémorragie de leur blessure : *Exemples* :

Un homme qui avait eu la moitié de la bourse gauche enlevée, le testicule arraché, le cordon sectionné par un éclat d'obus, s'est appliqué lui-même son pansement individuel et est ensuite venu appuyé sur un bâton, tout seul, au poste de secours, à travers les boyaux. « Ça me brûle un peu, nous a-t-il dit, pendant que nous le pansions. »

Suivant l'âge : les hommes jeunes, au-dessous de vingt-cinq vingt-six ans sont le plus souvent excités, exubérants : ils « crânent » volontiers. Leurs phrases ne sont pas incohérentes : ils parlent beaucoup, mais un peu à tort et à travers ; ils ne cherchent pas à se renseigner sur la gravité de leur blessure ; *a priori*, ils la considèrent comme heureuse : c'est la bonne blessure qui va les tirer de là : et pour le moment d'abord, et pour l'avenir ensuite. Détail frappant : les plus ennuyés étaient ceux qui étaient blessés au voisinage des parties sexuelles, ou à ces parties elles-mêmes. La moindre brûlure par ypérite de ces régions les rendait fort inquiets, d'autant plus que le bruit s'était répandu dans les unités que toute lésion par l'ypérite rendait impuissant ; le commandement, par de nombreuses notes, essayait de les rassurer, mais ne semblait guère y avoir réussi.

La possibilité de la perte d'un membre, de la perte d'un œil leur était à peine désagréable.

Interrogés sur leurs souffrances, ils répondent en général que ça ne leur fait pas trop mal.

Le plus souvent, ils ne se plaignent pas ; certains poussent même l'inconscience jusqu'à ne plus vouloir connaître le danger ; ils sont excités et un peu affolés : si durs que soient les bombardements, ils veulent partir, et tout de suite s'ils peuvent marcher, ou bien qu'on les emporte s'ils ne le peuvent pas.

Et cependant, s'il tombe un obus tout près, on les voit sursauter ; les explosions provoquent une douleur au niveau de leur blessure, qui souvent leur arrache un cri.

Interrogés sur ce qu'ils ont ressenti au moment où ils ont été blessés, ils comparent presque toujours leur sensation à un violent coup de bâton.

Nous avions l'habitude de mettre le doigt sur leur pouls ; nous ne l'avons pas compté à tous, mais nous avons toujours constaté que le nombre des pulsations était supérieur à quatre-vingt, allant souvent très près de cent.

Tout autres sont les hommes qui ont passé la trentaine : ils sont en général calmes, un peu inquiets ; ils interrogent sur la gravité de leurs blessures ; demandent pour combien de temps ils en ont ; si on peut leur dire quelle infirmité en résultera ; s'ils pourront continuer leur métier d'avant-guerre. Ils ne sont pas pressés de partir, veulent attendre que ça ne soit plus dangereux ; la blessure n'est bonne que si elle n'est sûrement pas mortelle.

Les explosions du voisinage les laissent plus calmes : ils pensent à examiner la solidité de l'abri dans lequel ils sont. Trop de légèreté augmente

leurs inquiétudes. Ils s'inquiètent de savoir si les trajets de leur évacuation sont battus par l'artillerie ennemie.

Ceux-là ont en général un pouls moins élevé que les précédents : moyenne entre soixante-dix et quatre-vingt, rarement quatre-vingt-dix.

Un alcoolisme léger augmente l'excitation des premiers et donne fréquemment de l'excitation aux seconds.

Certes, on ne peut pas dire que les organismes de vingt à vingt-cinq ans soient fréquemment imprégnés d'alcoolisme ; cependant, n'oublions pas que la boisson préférée de tous les hommes était le « pinard, le célèbre pinard », que boire du pinard était une des rares joies, sinon la seule du cantonnement. Si donc les hommes n'étaient pas alcooliques, nous croyons fermement que beaucoup en étaient entachés.

En général, un médecin de bataillon connaît les gros « soiffards » de son bataillon : les amateurs de « pinard » et de « gnole » sont réputés, et c'est grâce à cela que nous pouvons donner ces détails.

A côté de ceux-là qui ne sont que légèrement alcooliques, il y a ceux qui le sont réellement : ceux-là sont très souvent véritablement indolents : nous avons pu appliquer des attelles sur des membres fracturés sans éveiller une plainte chez des buveurs que nous connaissions. Et cela même après un temps assez long entre le moment de la blessure et le moment où nous les pansions.

C'est d'ailleurs un fait connu, et peut-être est-ce là une des raisons qui font comprendre les amputations sans anesthésie si souvent décrites dans les relations des guerres du premier empire, amputations que supportaient stoïquement en fumant la pipe et en buvant de larges rasades de rhum, les fameux grenadiers blessés.

Nous n'avons pas souvent vu des blessés pleurer ; nous avons toujours été frappés par le fait qu'ils se plaignaient peu. Et ça n'est que très, très exceptionnellement que nous en avons entendu appeler leur maman, ou leur femme, ou des êtres chers.

Tous ces renseignements concordent avec un phénomène curieux qui nous a toujours surpris, et que nous avons très, très souvent constaté : c'est l'état de shock de cette catégorie de blessés :

Il est exceptionnel qu'ils paraissent shockés. Autrement dit leur état de shock ne nous a pas paru souvent en rapport avec l'état de la gravité de leurs blessures : quelques exemples typiques vont montrer ce que nous voulons dire :

A Verdun, en juin 1916, un caporal-fourrier ayant une plaie pénétrante de l'abdomen par balle, dont l'orifice avait laissé sortir une anse intestinale et de l'épiploon, est venu à pied au P. S., la main sur ses vêtements au niveau de la blessure, et faisant un trajet de trois cents mètres pour arriver jusqu'à nous.

A Verdun un adjudant ayant eu le bras gauche broyé et arraché par un éclat d'obus (donc arrachement d'un membre) est venu à pied au P. S. faisant environ huit cents mètres dans les boyaux, deux heures après sa blessure, appuyé

sur un brancardier. Son bras ne tenant plus que par un lambeau de peau de deux centimètres de largeur, un coup de ciseau l'en a libéré. Aucune hémorragie. Quand nous eûmes fait son pansement, il nous a demandé à boire et à manger.

En avril 1918, à Mailly-Raineval un,sous-lieutenant eut la tête humérale et la cavité glénoïde gauche broyées par un éclat d'obus que nous avons su par la suite avoir été retiré du poumon. A ce moment, aucune hémoptysie, aucune gêne respiratoire. Il vint à pied à notre P. S., et voulut partir seul au poste d'évacuation plus en arrière : il fit ainsi plus de deux kilomètres à pied, en compagnie d'autres blessés.

Des organismes vraiment shockés par des blessures aussi graves ne pourraient certainement pas fournir de pareils efforts.

Et si la blessure eut été vraiment douloureuse, elle les aurait arrêtés.

Et cependant, nous savons que quelques heures après, à leur descente d'automobile, à l'arrivée à l'ambulance,on trouve ces blessés très shockés, très mal en point pour être dans des conditions favorables à l'intervention : il faut les réchauffer,améliorer leur pouls, leur état général.

Notons cependant que les blessés du matin et qui ne pouvaient nous être amenés que le soir présentaient un aspect un peu différent ; chez ceux-là, nous constations du shock : petitesse et fréquence du pouls, augmentation du nombre des respirations, diminution de leur amplitude, faiblesse générale, pâleur du visage,des téguments,état général anxieux, et généralement plus de plaintes et d'expression

générale de la souffrance. Et cet état était encore plus aggravé à leur arrivée à l'ambulance.

Il semble donc que le shock n'est pas un phénomène ou un ensemble de phénomènes qui s'installe immédiatement : un homme est blessé ; les symptômes de gravité de sa blessure n'apparaissent pas tout de suite ; ils n'apparaissent que peu à peu, et en même temps cet état particulier de l'organisme qui constitue l'état de shock, symptômes et état qui se manifestent bien avant qu'aient apparu le moindre accident infectieux, car les microbes y sont ; ils vont s'y développer, mais l'infection n'y est pas encore.

Nous donnons dans les pages suivantes les listes des diagnostics des évacués que nous avons eus dans deux grosses affaires : l'arrêt de l'ennemi à Mailly-Raineval et ferme Sébastopol les 5 et 6 avril 1918 et l'attaque de Chavigny le 28 août 1918.

5 avril 1918. — E. O. : éclat d'obus.

N° 1. — Plaie superficielle de la joue gauche par éclat d'obus.

N° 2. — Infiltration infectieuse de la joue gauche après pénétration d'un minuscule E. O.

N° 3. — Faiblesse et fatigue générale et troubles cardiaques.

N° 4. — Plaie du dos de la main gauche par E. O.

N° 5. — Plaie superficielle de la première phalange de l'index droit par E. O.

N° 6. — Plaie en séton par balle de la région delto-pectorale droite.

N° 7. — Arthrite traumatique, avec épanchement, du genou gauche.

N° 8. — Plaie contuse et superficielle du flanc droit par double E. O.

N° 9. — Fracture compliquée de l'extrémité inférieure du radius droit avec lésion de l'artère radiale par E. O.

N° 10. — Plaie superficielle de la cuisse droite par E. O.

N° 11. — Plaie de la région deltoïdienne gauche par E. O., avec fracture compliquée de l'extrémité supérieure de l'humérus et de la cavité glénoïde gauche. (Il s'agit du sous-lieutenant cité plus haut. Nous avons ajouté après coup : pénétration intra-pulmonaire).

N° 12. — Plaie profonde de la cuisse gauche par E. O.

N° 13. — Plaie en séton du mollet droit par balle.

N° 14. — Fatigue générale et fièvre.

N° 15. — Plaie de l'extrémité inférieure de la jambe gauche par E. O.

N° 16. — Plaie pénétrante de poitrine. Tué.

N° 17. — Plaies : superficielle de la main droite et profonde de la cuisse gauche par E. O. (un de nos brancardiers).

N° 18. — Plaie superficielle de la joue gauche par E. O.

N° 19. — Plaie contuse de la région lombaire droite par E. O.

N° 20. — Plaie pénétrante du crâne, partie médiane de la région frontale, par balle. Tué.

N° 21. — Plaie profonde du mollet droit par E. O.

N° 22. — Plaies de la plante du pied droit et du mollet gauche par E. O.

N° 23. — Plaie du pied droit par E. O.

N° 24. — Plaie en séton de la cuisse droite par E. O.

N° 25. — Plaies superficielles : du thorax et de la cuisse gauche par E. O.

N° 26. — Plaie en séton de l'extrémité inférieure du bras droit, plaies superficielles du pouce et de l'index gauche, du menton par E. O.

N° 27. — Fracture compliquée de l'humérus droit par E. O.

N° 28. — Plaies multiples et superficielles de la région lombo-fessière gauche et du mollet gauche par E. O.

N° 29. — Plaie superficielle du cuir chevelu par E. O.

N° 30. — *Idem.*

N° 31. — Commotion générale par explosion d'obus.

N° 32. — Plaie de l'épaule gauche par E. O.

N° 33. — Plaie en séton de la cuisse gauche et plaie profonde de la main droite par E. O.

N° 34. — Plaie en séton du mollet droit par E. O.

N° 35. — Plaie de la joue droite par E. O.

N° 36. — Plaies : profonde du dos de la main droite et superficielle du mollet droit par E. O.

N° 37. — Plaies en séton de la main gauche par E. O.

N° 38. — Commotion générale par explosion d'obus.

N° 39. — Plaies superficielles du flanc gauche et de la joue gauche par E. O.

N° 40. — Plaie par E. O. des deux premiers orteils du pied gauche.

N° 41. — Commotionné et enterré par explosion d'obus.

N° 42. — Plaie en séton du bras gauche par E. O.

Le 6 avril. — Attaque à six heures du soir du village de Mailly-Raineval.

N° 43. — Fracture compliquée des deux os de l'avant-bras droit et fracture compliquée de la cuisse droite par E. O.

N° 44. — Fracture compliquée de l'extrémité inférieure de la jambe droite avec gros délabrement musculaire ; plaie superficielle de l'extrémité inférieure de la cuisse gauche par E. O.

N° 45. — Plaie en séton de la face interne de la cuisse gauche et du talon gauche par balle.

N° 46. — Plaie du dos par E. O.

N° 47. — Plaie du poignet gauche par E. O.

N° 48. — Plaie de la région sterno-cléido-mastoïdienne gauche par E. O.

N° 49. — Plaie superficielle de la région sous-épineuse droite par E. O.

N° 50. — Plaies en séton : du bras gauche et de la cuisse droite par E. O.

N° 51. — Plaie superficielle du dos de la main gauche par E. O.

N° 52. — Plaie profonde de l'extrémité inférieure de la cuisse gauche par E. O.

N° 53. — Plaies multiples de la cuisse gauche par E. O.

N° 54. — Plaies multiples de la cuisse droite par E. O.

N° 55. — Plaies de l'extrémité inférieure de la jambe gauche et de la nuque par E. O.

N° 56. — Commotion par explosion d'obus.

N° 57. — Plaie contuse de l'œil gauche par E. O.

N° 58. — Plaie pénétrante de poitrine par E. O. Tué.

N° 59. — Plaie pénétrante du crâne par E. O. Tué.

N° 60. — *Idem.*

N° 61. — *Idem.*

N° 62. — *Idem.*

N° 63. — Plaie du dos de la main gauche par E. O.

N° 64. — Phlegmon de la main gauche.

N° 65. — Plaie du dos de la main gauche par E. O.

N° 66. — *Idem.*

N° 67. — Plaie superficielle du dos de la main gauche par E. O.

N° 68. — Commotion par explosion d'obus.

N° 69. — Conjonctivite aiguë.

N° 70. — Plaie superficielle du dos de la main gauche par E. O.

N° 71. — Plaie superficielle de la région dorsale gauche par E. O.

N° 72. — Plaie pénétrante du crâne par E. O. Tué.

N° 73. — Plaie pénétrante de l'abdomen, région hépatique. Tué.

N° 74. — Tué.

N° 75. — Fracture compliquée de la cuisse gauche par E. O. (un de nos brancardiers).

N° 76. — Plaie contuse de la partie moyenne de la cuisse gauche par E. O.

N° 77. — Plaie en séton de la main gauche par shrapnell.

N° 78. — Plaie profonde de la fesse droite par E. O.

N° 79 et 80. — Tués.

N° 81. — Pyodermite du bras droit.

N° 82. — Commotion générale par E. O., avec hémoptysie.

N° 83. — Amygdalite aiguë.

N° 84. — Fatigue générale et fièvre.

N° 85. — Commotion générale par explosion d'obus.

N° 86. — Plaie de la paume de la main gauche par E. O.

N° 87. — Plaie superficielle du mollet droit par E. O.

N° 88. — Plaie par balle de l'indèx et du médius droit (brancardier volontaire).

N° 89. — Plaie du mollet droit par E. O.

N° 90. — Plaie superficielle de la main droite par E. O.

N° 91. — Commotion générale par explosion d'obus.

N° 92. — Plaie profonde de la cuisse gauche par E. O.

N° 93. — Plaie superficielle de l'abdomen (côté droit) et profonde de l'avant-bras droit par E. O.

N° 94. — Plaies pénétrante de l'abdomen et profonde de la main gauche par E. O.

Tous les hommes blessés à partir du n° 43 l'ont été entre 6 heures et 7 heures du soir.

La plupart des blessures étaient généralement légères et superficielles ; à 9 heures tous les blessés étaient partis.

28 août 1918.

N° 1. — Plaie de la joue gauche par E. O.

N° 2. — Plaies pénétrantes : de l'articulation du coude gauche et du testicule droit par balle.

N° 3. — Plaie en séton de la région rénale droite par E. O.

N° 4. — Plaies des deux fesses et de la cuisse gauche par balle.

N° 5. — Fracture compliquée du cubitus gauche par balle.

N° 6. — Plaie pénétrante de l'articulation du genou droit par balle.

N° 7. — Plaie pénétrante de l'abdomen, région lombo-iliaque, par balle.

N° 8. — Plaie du bord externe de la plante du pied droit par E. O.

N° 9. — Plaie en séton de la face interne de l'avant-bras gauche par balle.

N° 10. — Plaie profonde de l'avant-bras gauche par balle.

N° 11. — Plaie en séton de la cuisse gauche par balle.

N° 12. — Plaie en séton du bras droit par balle.

N° 13. — Broiement du coude droit par balle.

N° 14. — Broiement de l'avant-bras gauche par E. O.

N° 15. — Plaie du bord interne de la plante du pied droit par balle.

N° 16. — Plaie profonde du cou-de-pied gauche par balle.

N° 17. — Intoxication par gaz.

N° 18. — Plaie superficielle de la joue droite par E. O.

N° 19. — Plaie pénétrante de la base gauche de la face postérieure du thorax par E. O.

N° 20. — Plaie pénétrante du foie par balle.

N° 21. — Fracture compliquée du tiers inférieur de l'humérus droit et plaie pénétrante du rein droit par E. O.

N°s 22 et 23. — Intoxication par gaz.

N° 24. — Lésion profonde de l'œil gauche par E. O.

N° 25. — Plaie en séton de la région lombaire droite par balle.

N° 26. — Plaies multiples de la face, du bras gauche et plaie pénétrante du crâne par E. O.

N° 27. — Plaie pénétrante du crâne par balle.

N° 28. — Plaie profonde du mollet gauche par balle.

N° 29. — Plaies superficielles de la région frontale droite et du mollet droit par E. O.

N° 30. — Plaie pénétrante de l'abdomen par E. O.

N° 31. — Plaie pénétrante du thorax par E. O.

N° 32. — Plaie de la cuisse gauche par E. O.

N° 33. — Plaie pénétrante de l'abdomen par balle.

N° 34. — Plaie superficielle du bras gauche par E. O.

N° 35. — Plaie pénétrante du thorax, base droite, par balle.

N° 36. — Plaie superficielle de la main droite par E. O.

N° 37. — Fracture compliquée des deux os de la jambe droite, au tiers inférieur, par E. O.

N° 38. — Plaies de la région sus-épineuse droite et de la face externe de la cuisse gauche par balle.

N° 39. — Plaie profonde de l'avant-bras droit par balle.

N° 40. — Plaie de l'épaule gauche par balle.

N° 41. — Plaie superficielle en séton de la face antérieure de la base gauche du thorax, par balle.

N°s 42 et 43. — Plaie de la main gauche par balle.

N° 44. — Intoxication par gaz.

N° 45. — Plaie superficielle du mollet gauche par E. O.

N° 46. — Plaie profonde de la région carotidienne gauche par balle ayant lésé la colonne cervicale.

(Blessé à 8 heures du matin ; n'a pu être ramassé que vers 9 heures du soir).

N° 47. — Plaie superficielle, infectée de la face antérieure du genou droit par piqûre de fil de fer barbelé.

N° 48. — Plaie profonde du mollet gauche par balle.

N° 49. — Plaie profonde de l'avant-bras gauche par E. O.

N° 50. — Fracture compliquée du maxillaire inférieur par balle.

N° 51. — Plaie profonde de la cuisse gauche par balle.

N° 52. — Plaie pénétrante du coude droit et fracture compliquée de la cuisse gauche par E. O.

N° 53. — Fracture compliquée du radius droit, au tiers inférieur, avec lésion de la radiale, et plaie profonde du bras gauche par balle.

N° 54. — Plaie de la cuisse gauche, de la cheville gauche et séton superficiel du poignet droit par balle.

N° 55. — Plaie profonde du mollet gauche par balle.

N° 56. — Plaie en séton de la cuisse droite par balle.

N° 57. — Plaie superficielle du dos de la main gauche par balle.

N° 58. — Plaie profonde de la cuisse droite par balle.

Tous ces blessés furent atteints dans la journée entre 7 heures du matin et 4 heures de l'après-midi. Les dix premiers furent soignés avant 10 heures du matin : tous les autres dès que la nuit fut venue, et cependant nous n'avons pas un seul instant perdu le contact de notre bataillon.

Mais la première vogue avait franchi un ravin sans difficultés, que les boches se mirent à battre de nombreux feux de mitrailleuses et d'obus explosifs et toxiques, et tous ceux qui s'y aventurèrent n'en revinrent pas.

CONCLUSIONS

1° L'expérience démontre que les conditions dans lesquelles fonctionne un poste de secours ne permettent pas d'escompter la qualité suffisante du traitement qui y est donné, quelles que soient la conscience et la technique des médecins des corps de troupe.

(Thooris, médecin principal de 2e classe, *Annales de médecine*, 1915, p. 521) ;

2° Impérieusement obligé par les circonstances de faire vite, et par sa conscience de faire bien, le médecin de bataillon tout en faisant de son mieux se dit que « hélas, il ne fait jamais bien » ;

3° Les blessés même très graves, à moins qu'ils ne soient dans le coma, ne présentent pas au P. S. un état de shock en rapport avec la gravité de leurs blessures. Il faut un certain temps pour que le blessé apparaisse vraiment shocké ;

4° Le transport des blessés aggrave leur état général et augmente certainement leur shock, aussi bien dans les boyaux que sur les routes. On n'adapte pas le brancard au boyau ; peut-être aurait-on pu adapter le boyau au brancard. Il y aurait lieu d'améliorer considérablement les suspensions des voitures qui

transportaient les blessés si on voulait permettre aux autos de conserver leur vitesse ;

5° Il faut par tous les moyens possibles munir d'eau et de boissons chaudes les postes de secours avancés, surtout quand ils se déplacent ;

6° Il est impossible de pratiquer régulièrement au P. S. de bataillon l'injection de sérum antitétanique. Par conséquent il faut prévoir ailleurs, aussi près que possible, la possibilité de la faire. Ce à quoi répondent admirablement les postes de secours de brancardiers-divisionnaires ; nous croyons d'ailleurs qu'ils le faisaient régulièrement ;

7° Enfin un P. S. de bataillon ne fait que recevoir très vite des blessés qu'il « empaquette très vite, étiquette très vite et expédie très vite. Donc il faut une révision très minutieuse, et même rapide de tout ce qui sort du P. S. de bataillon et du P. S. régimentaire.

Vu : le Président de la thèse,
QUÉNU

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris — 6017-19